

Nazwa kwalifikacji: **Wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń opieki zdrowotnej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz prowadzenie edukacji w tym zakresie**

Oznaczenie kwalifikacji: **Z.12**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Miejsce na naklejkę z numerem  
PESEL i z kodem ośrodka

Numer PESEL zdającego\*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Z.12-01-16.01**

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

**EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE  
Rok 2016  
CZĘŚĆ PRAKTYCZNA**

**Instrukcja dla zdającego**

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na KARCIE OCENY w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
  - swój numer PESEL\*,
  - oznaczenie kwalifikacji,
  - numer zadania,
  - numer stanowiska.
3. KARTĘ OCENY przekaz zespołowi nadzorującemu.
4. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 6 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
5. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
6. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
7. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
8. Jeżeli w zadaniu egzaminacyjnym występuje polecenie „zgłoś gotowość do oceny przez podniesienie ręki”, to zastosuj się do polecenia i poczekaj na decyzję przewodniczącego zespołu nadzorującego.
9. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw rezultaty oraz arkusz egzaminacyjny na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
10. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

**Powodzenia!**

\* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

## Zadanie egzaminacyjne

Dyspozytor Centrum Powiadamiania Ratunkowego przyjął wezwanie do zdarzenia w Ośrodku Szkolenia Wspinaczkowego. Właściciel ośrodka przekazał dyspozytorowi informację, że w wyniku upadku z wysokości około 8 metrów został uszkodzony 42-letni mężczyzna. Jest nieprzytomny. Na miejsce zdarzenia został wysłany podstawowy zespół ratownictwa medycznego w dwuosobowym składzie.

Podczas badania na miejscu zdarzenia stwierdzono, że uszkodzony mężczyzna jest nieprzytomny, leży na plecach z głową odchylną na prawy bok. Ma złamaną nasadę nosa i żuchwę oraz krwawiącą ranę wielkości ok. 3 cm na prawym policzku. Występuje krwawienie z jamy ustnej, nosa i uszu. Stwierdzono również niestabilność w obrębie kośćca miednicy. Powłoki skórne są blade, pokryte zimnym potem.

Parametry życiowe uszkodzonego: tętno 110 ud/min, RR 70/50 mm Hg, oddech płytki, 10/min, źrenice równe, niereagujące na światło.

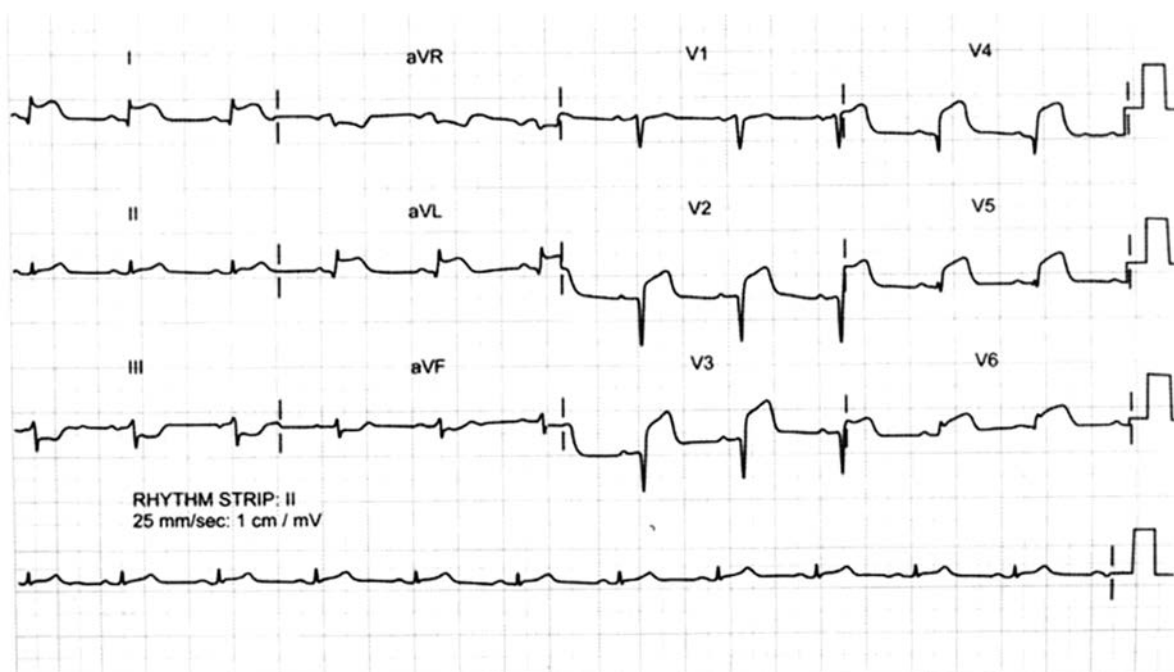
Otwieranie oczu: nie otwiera.

Reakcja słowna: brak.

Reakcja ruchowa: brak.

Na monitorze EKG widoczny jest zapis:

W trakcie wykonywania czynności ratunkowych zwiększyło się krwawienie z jamy ustnej.



Najbliższy SOR jest oddalony od miejsca zdarzenia o 12 km, a Centrum Urazowe o 38 km.

Przedstaw plan działań ratowniczych związanych z udzieleniem pomocy medycznej uszkodzonemu mężczyźnie przez podstawowy zespół RM, na miejscu zdarzenia.

Wypełnij Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych dla uszkodzonego mężczyzny.

Sporządź wykaz sprzętu i środków medycznych potrzebnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz kaniulacji żyły obwodowej z podaniem wlewu kroplowego.

Formularze do wypełnienia znajdują się w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykonaj na fantomie osoby dorosłej szybkie badanie urazowe (pomiń ocenę pleców) oraz załóż rurkę ustno-gardłową.

**Uwaga!**

*Przez podniesienie ręki zgłoś egzaminatorowi gotowość do wykonania zabiegów na fantomie, a następnie ich zakończenie.*

**Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.**

**Ocenie podlegać będą trzy rezultaty:**

- plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia,
- Karta Medycznych Czynności Ratunkowych,
- wykaz sprzętu i środków medycznych potrzebnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz kaniulacji żyły obwodowej z podaniem wlewu kroplowego

oraz

- przebieg wykonania na fantomie osoby dorosłej szybkiego badania urazowego (z pominięciem oceny pleców) i założenie rurki ustno-gardłowej.

**Plan działań ratowniczych zespołu ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



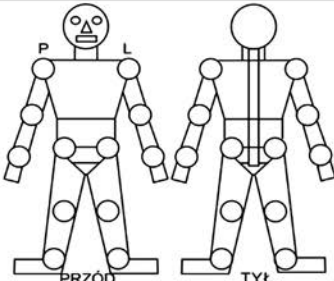
# KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:
--	---------------------------------	----------------------

## I - WYWIAD

	<b>MIEJSCE ZDARZENIA</b> w domu..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/> w ruchu uliczno-drog. .... <input type="checkbox"/> w pracy <input type="checkbox"/> w szkole..... <input type="checkbox"/> w rolnictwie..... <input type="checkbox"/>
--	--

## II - BADANIE

<b>GLASGOW-COMA-SCALE</b> OTWIERANIE OCZU spontanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgięciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>RTS</b> CZ. ODDECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-5.....1 brak.....0 RR SKURCZOWE >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 GCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>UKŁAD ODDECHOWY</b> częstość oddechów <input type="text"/> /min duszność..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N sinica..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N bezdech..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N szmer prawidł. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P fureczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> świsty..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trzeszczenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rżenie..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak szmeru..... <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="text"/> Saturacja..... <input type="text"/> %	<b>ŻRENICZE:</b> Reakcja na światło: prawidłowa..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P powolna..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> brak..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szerokość: normalna..... <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P wąska..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> szeroka..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> brak obrażeń <input type="checkbox"/> Złamanie otwarte <input type="checkbox"/> Złamanie zamknięte <input type="checkbox"/> W Zwichnięcie <input type="checkbox"/> S Stłuczenie <input type="checkbox"/> R Rana <input type="checkbox"/> K Krwotok z rany <input type="checkbox"/> M Zmiażdżenie <input type="checkbox"/> A Amputacja <input type="checkbox"/> N Ból nieurazowy <input type="checkbox"/> P Oparzenie <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> stopnia <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> oparzenie wżwienne
<b>CIŚNIENIE TĘTNICZE</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> mm Hg <b>TĘTNO</b> <input type="text"/> /min miarowe <input type="checkbox"/> niemiar. <input type="checkbox"/>					
<b>Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego</b> <input type="checkbox"/> penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha <input type="checkbox"/> amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia <input type="checkbox"/> rozległe zmiażdżenia kończyn <input type="checkbox"/> uszkodzenie rdzenia kręgowego <input type="checkbox"/> złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów <input type="checkbox"/> złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy					

<b>OBJAWY</b> wstrząs..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N NZK..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N drgawki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N afazja..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N wymioty..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N biegunka..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N krwawienie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obrzęki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N zasłabnięcie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N INNE: ciąża..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród..... <input type="checkbox"/> T chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/> T	<b>SKÓRA</b> Wygląd: w normie..... <input type="checkbox"/> błada..... <input type="checkbox"/> rumień..... <input type="checkbox"/> zażółcenie..... <input type="checkbox"/> sinica obw..... <input type="checkbox"/> sinica centr..... <input type="checkbox"/> Wilgotność: w normie..... <input type="checkbox"/> wilgotna..... <input type="checkbox"/> sucha..... <input type="checkbox"/> Temperatura: w normie..... <input type="checkbox"/> chłodna..... <input type="checkbox"/> ciepła..... <input type="checkbox"/>	<b>JAMA BRZUSZNA</b> w normie..... <input type="checkbox"/> bolesność palpacyjna..... <input type="checkbox"/> brak perystaltyki..... <input type="checkbox"/> objawy otrzewnowe..... <input type="checkbox"/> OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... <input type="checkbox"/> spowolniały..... <input type="checkbox"/> pobudzony..... <input type="checkbox"/> agresywny..... <input type="checkbox"/>	<b>TONY SERCA</b> czyste/głośnie..... <input type="checkbox"/> stłumione..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> NIEDOWŁAD / PORAZENIE kończyna górna <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P kończyna dolna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... <input type="checkbox"/> alkohol..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="checkbox"/> POZIOM <input type="text"/> mg% GLUKOZY <input type="text"/> g/l	<b>EKG</b> Rytm zatokowy..... <input type="checkbox"/> Tachykardia nadkomorowa..... <input type="checkbox"/> Tachykardia komorowa..... <input type="checkbox"/> Migotanie/trzepotanie przedsionków..... <input type="checkbox"/> AV blok..... <input type="checkbox"/> sVES..... <input type="checkbox"/> VES..... <input type="checkbox"/> VF/VT..... <input type="checkbox"/> Asystolia..... <input type="checkbox"/> PEA..... <input type="checkbox"/> Rozrusznik..... <input type="checkbox"/> OZW..... <input type="checkbox"/> Zawał..... <input type="checkbox"/> Inne..... <input type="text"/>	<b>OPIS</b> 
---	---	---	---	---	-----------------

## III - ROZPOZNANIE

	KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10
--	-----------	-----------	-----------

## IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

<b>CZYNNOSCI</b> odsysanie..... <input type="checkbox"/> defibrylacja..... <input type="checkbox"/> kołnierz..... <input type="checkbox"/> linia żył. obw..... <input type="checkbox"/> went. workiem..... <input type="checkbox"/> stymulacja zew..... <input type="checkbox"/> deska ortoped..... <input type="checkbox"/> linia żył. cent..... <input type="checkbox"/> rurka UG..... <input type="checkbox"/> kardiowersja..... <input type="checkbox"/> materac próż..... <input type="checkbox"/> cewnikowanie..... <input type="checkbox"/> intubacja..... <input type="checkbox"/> masaż serca..... <input type="checkbox"/> unieruchomienie..... <input type="checkbox"/> sonda żołąd..... <input type="checkbox"/> respirator..... <input type="checkbox"/> EKG..... <input type="checkbox"/> opatrunek..... <input type="checkbox"/> monitorowanie..... <input type="checkbox"/> tlenoter. bierna..... <input type="checkbox"/> teletransmisja..... <input type="checkbox"/> inne..... <input type="text"/>	<b>ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED.</b> (nazwa, dawka, droga podania)
<b>ZALECENIA/UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU</b>	

## V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

<b>DANE PACJENTA</b> Imię..... Nazwisko..... Adres zamieszkania:..... ul.....nr.....m..... Rodz. i nr dok. tożsamości:.....	Ident. NFZ: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia / wiek <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMER PESEL pacjenta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Podpis i pieczęć kierownika ZRM: _____ Zespół (S/P) _____ data udzielenia pomocy:.....	<b>Decyzja Zakładu Opieki Zdrowotnej:</b> <input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR _____ podpis i pieczęć lekarza _____ <b>Przekazanie pacjenta w IP /SOR / innym:</b> data.....godz.....min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data.....godz.....min.....
--	--	--

**Wykaz sprzętu i środków medycznych potrzebnych do wykonania intubacji dotchawiczej oraz kaniulacji żyły obwodowej z podaniem wlewu kroplowego**